



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA JOYCE ROQUE PEREIRA PORTELA LIMA

**POTENCIALIDADES E DIFICULDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: uma revisão integrativa da literatura**

JUAZEIRO DO NORTE – CEARÁ
2022

ANA JOYCE ROQUE PEREIRA PORTELA LIMA

**POTENCIALIDADES E DIFICULDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: uma revisão integrativa da literatura**

Monografia submetida à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do curso de Bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), a ser apresentado para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. João Paulo Xavier Silva

**POTENCIALIDADES E DIFICULDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: uma revisão integrativa da literatura**

Monografia submetida à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do Curso de Bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), a ser apresentado para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. João Paulo Xavier Silva
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Orientador

Prof. Esp. Mônica Maria Viana da Silva
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
1ª Examinadora

Prof. Me. Shura do Prado Farias Borges
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
2ª Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Patrícia Roque, pelo seu exemplo de coragem, simplicidade, força e perseverança, que me ensinou a não desistir dos meus sonhos e a ser forte nos momentos de dificuldades. A minha filha, Ana Esther que mesmo sem entender, foi o meu alicerce nesse período de graduação. E ao meu esposo por todo apoio e cuidado que teve comigo durante a minha vida pessoal e acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo amor e misericórdia derramada sobre a minha vida, por ter me estruturado espiritualmente para enfrentar todos os obstáculos, bem como, iluminar a minha mente nos momentos difíceis, dando-me força e coragem para seguir.

Agradeço aos meus pais, Flávio e Patrícia que, com humildade e honestidade, fizeram-me melhor. Em especial a minha mãezinha que mesmo de longe, faz-se presente todos os dias, compreendendo o meu sonho e sonhando junto comigo. Obrigada por ser tão guerreira, és o meu maior exemplo de força e coragem.

A minha avó materna, Célia Roque, por me ajudar financeiramente, e por me dar tudo o que estava ao seu alcance durante toda a minha trajetória acadêmica. A senhora, minha imensa gratidão.

Ao meu esposo, Arthur Manoel, e a minha filha, Ana Esther, por sempre me apoiarem, cuidarem de mim e me incentivarem a seguir em frente superando cada obstáculo. Ana Esther, tudo é por você, obrigada por existir, sem você eu nada seria.

As minhas irmãs, Ana Flavia e Maria Leticia por todo apoio e compreensão que tiveram comigo. Em especial a Ana Flavia, que me incentivou nos momentos difíceis e compreendeu a minha ausência enquanto eu me dedicava a realização desse sonho.

A Inez Pedro, que é meu braço e minhas pernas no Crato – CE. Obrigada por surgir na minha vida e por todas as palavras de encorajamento, por sair do conforto da sua casa e ficar comigo todas as noites me ajudando a enfrentar meus medos e acreditando que eu seria capaz de superar tudo.

Agradeço ao meu orientador João Paulo Xavier Silva, por suas orientações que fizeram com que este trabalho tenha se concretizado, por ter estimulado em mim capacidades que antes eu não percebia que tinha. Por sempre trazer palavras de incentivo e motivação, e do seu jeito me estimular a dar o meu melhor, mesmo diante de todos os obstáculos e limitações.

Aos demais familiares e amigos, obrigada por cada incentivo e gesto de apoio vocês também fazem parte da minha jornada durante este tempo de minha vida.

Por fim, quero agradecer a minha banca examinadora, composta por duas mulheres incríveis, Mônica Viana e Shura do Prado, obrigada por fazerem parte desse momento tão especial na minha vida.

EPIGRAFE

Só vive o propósito quem suporta o processo, aguento firme Deus está com sua família, essa tempestade vai passar, ele tem um plano nas vossas vidas, continuem firmes e lutando, quando você nem imaginar as bênçãos chegaram ao seu tempo ele nunca atrasa, Deus está cuidando de você.

Marcos cruz santos

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) engloba todos os serviços de saúde ofertados por instituições federais, estaduais e municipais, que segue uma linha de princípios, tais como, universalidade, equidade e igualdade da atenção à saúde. Defender sua criação, além de zelar por um direito previsto na Constituição Federal, também é defender e beneficiar os cidadãos de forma igualitária. **OBJETIVO:** O presente artigo tem como objetivo analisar as publicações científicas nacionais sobre as potencialidades e dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde. **METODOLOGIA:** O presente estudo caracteriza-se como Revisão Integrativa da Literatura (RIL) de caráter descritivo, visto que irá abordar as potencialidades, bem como suas dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde, através de livros, artigos e estudos selecionados. **RESULTADOS:** São diversos os fatores como crise financeira na época da implantação legislativa, recursos financeiros voltados apenas a municípios com regiões privilegiadas socioeconomicamente, deixando as regiões menores desfavorecidas de serviços de qualidade, aprovação de emenda que congelou por 20 anos os investimentos públicos em saúde, dentre outros citados no presente trabalho. **CONCLUSÃO:** É dever social de participação popular da trajetória dinâmica do SUS, a participação é considerada pilar essencial, visto que os cidadãos têm o objetivo de fiscalizar e discutir os serviços ofertados para a sociedade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Unified Health System (SUS) encompasses all health services offered by federal, state and municipal institutions, which follows a line of principles, such as universality, equity and equality of health care. Defending its creation, in addition to ensuring a right provided for in the Federal Constitution, is also defending and benefiting citizens equally. **OBJECTIVE:** This article aims to analyze national scientific publications on the potential and difficulties for the consolidation of the Unified Health System. **METHODOLOGY:** The present study is characterized as an Integrative Literature Review (ILR) with a descriptive character, as it will address the potential, as well as its difficulties, for the consolidation of the Unified Health System, through books, articles and selected studies. **RESULTS:** There're several factors such as the financial crisis at the time of the legislative implementation, financial resources aimed only at municipalities with socioeconomically privileged regions, leaving the smaller regions deprived of quality services, approval of an amendment that froze public investments in health for 20 years, among others mentioned in this work. **CONCLUSION:** It's a social duty of popular participation in the dynamic trajectory of SUS, participation is considered an essential pillar, since citizens have the objective of inspecting and discussing the services offered to society.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CF	Constituição Federal
DESCS	Descritores Em Ciência Da Saúde
HIV	Imunodeficiência Humana
MEC	Ministério Da Saúde
MRSB	Movimento Da Reforma Sanitária Brasileira
RIL	Revisão Integrativa Da Literatura
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único De Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médicos
PNI	Programa Nacional De Imunização

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	OBJETIVO GERAL.....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM RESGATE HISTÓRICO.....	13
3.2	DESMONTE DO SUS: UM MOVIMENTO PERMANENTE.....	14
4	METODOLOGIA.....	17
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	17
4.2	FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA.....	18
4.3	PERÍODO DE COLETA.....	18
4.4	BASE DE DADOS PARA A BUSCA.....	19
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA.....	19
4.6	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	20
4.7	ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	23
5.2	CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA.....	28
	5.2.1 Potencialidades para a consolidação do SUS.....	28
	5.2.2 Dificuldades para a consolidação do SUS.....	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema genuinamente brasileiro, sendo um conjunto de todas os serviços de saúde ofertados por instituições federais, estaduais e municipais, que segue uma linha de princípios, tais como, universalidade, equidade e igualdade da atenção à saúde. Sendo capaz de garantir para a sociedade um acesso universal para a população à serviços que lhes tragam saúde e bem-estar de forma igualitária e completa (TEIXEIRA, 2011).

Sendo assim, pode ser compreendido como uma “Política de Estado “, resultando de uma posição tomada pelo Congresso Nacional em 1988. O surgimento se deu na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que foi um movimento caracterizado por redemocratização, lutas sociais e lutas contra a ditadura na década de 1970. Esse movimento foi evidenciado pela luta que criticavam o modelo de saúde anterior que beneficiavam somente o setor privado e quem trabalhava com carteira assinada (TEIXEIRA, 2011).

Nesse mesmo sentido, afirma Santos (2013), quanto a gestão, o SUS é caracterizado como exemplo de pacto federativo democrático, visto que envolve a participação das três esferas do governo e da sociedade brasileira. Assim, a autora afirma que é preciso combinar a autonomia dos entes federados como maneira de garantir todos os preceitos estatuídos pela Constituição Federal, especialmente a universalidade e a integralidade.

Nesse contexto, é salutar a importância da sociedade na criação do SUS, pois a participação popular é um pilar essencial no que diz respeito a origem de conselhos e conferências de saúde que tem como objetivos fiscalizar e discutir os serviços ofertados para a sociedade (PINHEIRO et al., 2018).

Diversos são os motivos que destacam a necessidade de consolidação do SUS ao longo do tempo. As implicações sociais são agrupadas em diferentes blocos sempre ligadas ao mesmo desafio, sendo eles, o capitalismo e a sua crise, financiamento, características da formação brasileira, problemas da gestão pública da saúde, mescla público-privado, problemas terminológicos e escassez de recursos no SUS (CARNUT, 2021).

Por outro lado, o Sistema Único Brasileiro é o responsável pela maior parte dos procedimentos e cobertura de cerca de três quartos da população do Brasil. Isso se deve ao fato de o SUS oferecer uma considerável cobertura de procedimentos de saúde coletiva, bem como o fornecimento de medicamentos basicamente de atenção ambulatorial em prol da preservação dos princípios da universalidade e integralidade estatuídos pela Constituição Federal (GERSCHMAN, 2011; SANTOS, 2018).

Através desse debate, torna-se pertinente defender e valorizar o SUS pois, além de zelar pela saúde, direito previsto na Constituição brasileira, conclui-se que também se faz presente todo o esforço contra as desigualdades sociais e as lutas por seus direitos, quando tem como objetivo defender e beneficiar os cidadãos de forma igualitária. Considerando essas inferências, questiona-se: Quais as evidências científicas na literatura nacional sobre as potencialidades e dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde?

A escolha do referido tema se deu pelo interesse pessoal da pesquisadora ao desenvolver afinidade temática com o assunto. Esse estudo é relevante numa perspectiva multidimensional, considerando os âmbitos acadêmico, social, profissional e científico. Acadêmico, para ter ricas experiências acadêmicas e assim aprimorar o conhecimento. Social, para solucionar problemáticas relevantes para a sociedade. Profissional, conhecimento teórico para realizar uma prática, vivencia com qualidade e responsabilidade. E científico para estudar teorias, identificar relações e buscar responder para problemas que afetam a vivencia do homem e o meio em que vive.

Espera-se que este estudo contribua para reflexão e elucidação de uma temática que merece ser mais investigada em graduação em trabalhos monográficos e que guarda relação importante com os dias atuais e as questões referentes à manutenção e defesa do Sistema Único de Saúde, bem como instigue os leitores para que busquem entender e cobrar seus direitos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as publicações científicas nacionais sobre as potencialidades e dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM RESGATE HISTÓRICO

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MSRB, que se originou na década de 70 a fim de lutar contra a ditadura militar, foi responsável por diversos impactos históricos, dentre eles, a promulgação da Constituição Federal de 1988. Juntamente com o auxílio das Leis nº 8.080/90, 8.142/90 e 9.656/98, originou-se o SUS, denominado o maior sistema público de saúde do mundo – universal, integral e equânime – e pode-se afirmar que consiste na maior política de inclusão social já vista (MENDES, 2017).

Dentre os variados temas debatidos pelo MRSB, na década de 70, pela primeira vez, influenciaram na participação populacional em uma Conferência de Saúde. Os debates e indignação expressados pela sociedade frente às aviltantes desigualdades, e a mercantilização da saúde, fez com que a 8ª Conferência Nacional de Saúde fosse um marco na história das políticas pública brasileira (SOUTO, OLIVEIRA, 2016).

Após essas propostas criadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a promulgação da Constituição Federal, foram oficializadas que consolidou a saúde como um direito de todo cidadão, bem como denominando o compromisso primordial do SUS, conforme o art. 196 da CF: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p).

Ocorre que esse debate sobre a preocupação com a saúde não é algo que surgiu apenas no final da década de 70, pois a Organização Mundial de Saúde em 1948 definiu saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE, FERRAZ, 1997, p. 539). Porém, em dias atuais o Brasil adotou o conceito de saúde através do art. 3º da Lei 8.080/1990 e ampliou a matéria afirmando que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Essa lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), foi promulgada para constituir o SUS, trazendo, além do conceito ampliado de saúde, pautou-se em princípios como universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde. De acordo com a Lei, o

papel desse sistema envolve: atuar na assistência terapêutica integral; na assistência farmacêutica; no controle e na fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano; e na formação de recursos humanos para o setor saúde (ARAÚJO, 2017)

Em dezembro do mesmo ano, promulgou-se a Lei nº 8.142/90 que se alinha aos ideais de participação da comunidade na gestão do SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, além disso, a legislação estabelece os conselhos de saúde e confere legitimidade aos organismos de representação dos governos estaduais e municipais (PINHEIRO et al., 2018).

As conquistas almejadas pelo SUS são inegáveis, a exemplo da cobertura de 75% da população por meio da Atenção Básica (AB), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o fornecimento de medicamentos, as ações de saúde bucal, os serviços de urgência e emergência, dentre outras (MENDES, 2017).

Em 2018 estimou-se que cerca de 80% da população é dependente do SUS, uma considerável parcela era composta por pessoas que apresentam maior carência no âmbito da assistência à saúde e mesmo quem possuísse planos privados de saúde recorriam a esse sistema para serviços como transplantes, hemodiálise e fornecimento de medicamentos de alto custo (DUARTE, 2018).

Desde a sua criação, até o final do ano de 2018, o SUS alcançou notáveis resultados, como o controle da epidemia de vírus da imunodeficiência humana (HIV), mediante fornecimento de antirretrovirais ou ações de vigilância, como no combate ao vírus da Zika, alcançando então o objetivo de um de seus princípios: a universalidade da assistência à saúde. Além disso, destacam-se também ações de alta complexidade e especificidade como transplantes e serviços de hemoterapia, dentre outros, nas diversas fases do ciclo da vida (DUARTE, 2018).

3.2 DESMONTE DO SUS: UM MOVIMENTO PERMANENTE

De acordo com Silva (2019), o SUS é financiado com recursos da União, Estados e Municípios (impostos da população), e de outras fontes suplementares de financiamento. A Constituição Federal impõe que os municípios devem destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde, os governos estaduais devem destinar 12% e o Governo Federal tem que contabilizar o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Então essa variação é somada ao que se gastou no ano anterior para se definir qual o valor da aplicação mínima naquele ano (SILVA, 2019).

Após sua criação e consolidação, o SUS tem sido assunto de debate em diversos momentos, em virtude da existência de disputa entre os interesses do capital e os interesses do trabalho no campo da saúde, que remete a dois projetos: Projeto da Reforma Sanitária, já citado anteriormente, com a defesa do caráter universal e público-estatal da saúde, e o Projeto Privatista que concebe a saúde como mercadoria e fonte de lucro, com ataques constantes à saúde como direito de todos (acesso universal) e dever do Estado (SILVA et al., 2021).

Em 2016, com o Governo de Michel Temer, houve a intensificação do favorecimento do setor privado em detrimento do setor público, além do protagonismo político do setor privado na definição da Política de Saúde, resultando num progressivo desmonte do SUS. Ocorre que, ao assumir a presidência, na época, de imediato houve a criação da Emenda Constitucional 95/2016 que institui um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, prevendo que durante vinte anos, as despesas primárias do orçamento público ficariam limitadas à variação inflacionária, o que indica um estrangulamento financeiro de todas as políticas sociais (FERRAZ; FERNANDES, 2018).

Além disso, outra iniciativa do ex presidente que contribuiu para o desmonte do SUS se deu quando o mesmo propôs a criação de planos de saúde acessíveis, que foi sistematizada no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde e teve o intuito de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, propondo então, planos de saúde que possam atingir a todas as camadas sociais (SILVA et al, 2021).

Essa medida trazia também a diminuição dos prazos de atendimento médico, maior liberdade para reajuste e garantia de que o usuário possa pagar até metade do valor dos procedimentos em planos com coparticipação, entre outras. Em resumo, esse processo privilegia e incentiva o setor privado através do benefício material a classe burguesa em obter lucro (SILVA, 2019).

Embora esse desmonte do SUS seja de fato acirrado na época de Temer, em 2016, no bojo das contrarreformas do Estado brasileiro, apenas em janeiro de 2019 que a ofensiva privatizante ganha contornos mais evidentes, frente ao governo do atual presidente Jair Messias Bolsonaro. A exemplo disso, são as ações estabelecidas no primeiro semestre de sua gestão que retratam a continuidade da política de saúde do governo Temer, bem como possui novos elementos que não só defendem e fortalecem os interesses do projeto privatista de saúde, mas os incorpora (SILVA, 2019).

Dentre essas medidas, estão a fragilização da Atenção Básica em Saúde (ABS), com o fim do contrato do Programa Mais Médicos (PMM) com Cuba; a proposta de criação de voucher ou bolsa-saúde; o avanço da contrarreforma no campo da saúde mental; o ataque à

saúde indígena; o retrocesso no campo da educação em saúde; a defesa da reforma do SUS, proposta pelo Banco Mundial; por fim, os retrocessos derivados da nova estrutura do Ministério da Saúde (SILVA, 2019).

Além disso, no primeiro mês de seu mandato, o Ministro da Saúde sugeriu a criação de um voucher para saúde como maneira de suprir as demandas e diminuir o tempo de espera para o acesso da população aos serviços. Segundo o Ministro da Economia, o voucher seria pago pelo Estado à população para que pudesse acessar os serviços por meio da compra dos atendimentos no setor privado (SILVA, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como Revisão Integrativa da Literatura (RIL) de caráter descritivo, visto que irá abordar as potencialidades, bem como suas dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde, através de livros, artigos e estudos selecionados, que serão listados a seguir. A RIL é considerada um método de pesquisa de trabalhos acadêmicos que permite analisar determinado fenômeno, por meio da inclusão de estudos de diversas ordens, experimentais e não-experimentais (SOUZA et al., 2010).

Para os autores, é o método mais amplo de abordagem metodológica referente a pesquisas, pois permite “a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado” (SOUZA et al., p. 103, 2010). Importante destacar a importância da pesquisa para o campo da saúde pois, sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico, afirma os autores.

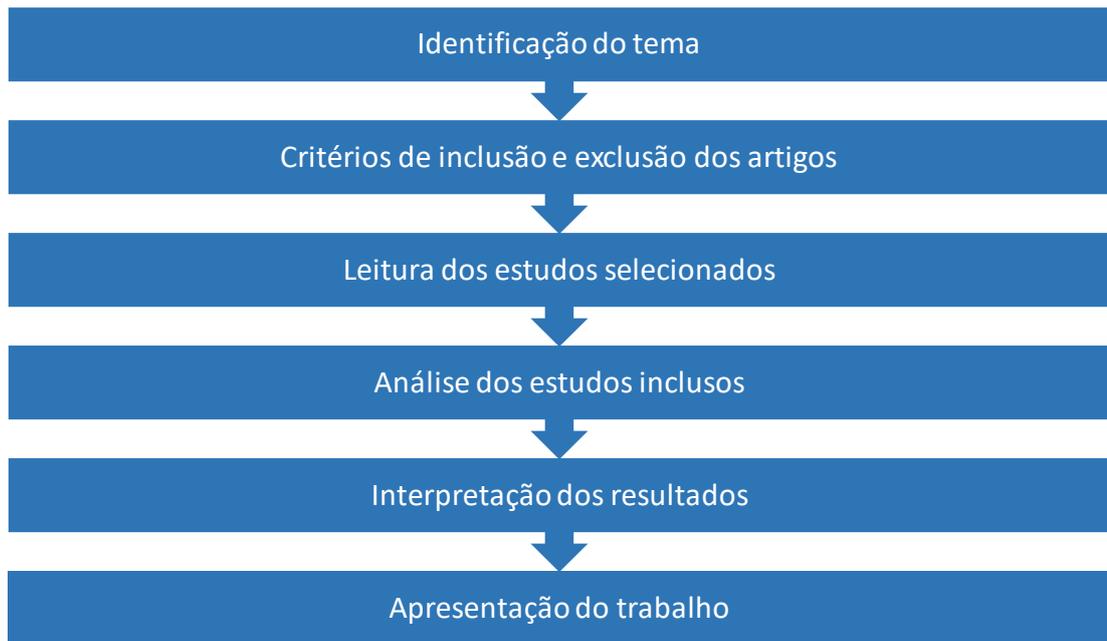
Os trabalhos realizados através de outros já publicados, são considerados estudos bibliográficos, que se caracterizam como estudos que apontam dados idênticos e divergentes entre diversos experimentos, cientistas, pensadores e etc. Dentre esses estudos bibliográficos, está a RIL, que também é um estudo com levantamento de diversas fontes, trazendo uma problemática a ser questionada (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O estudo seguiu um percurso metodológico que foi composto pelas etapas de formulação de perguntas de pesquisa, buscas de estudos na literatura, definição de critérios para a inclusão de estudos na revisão, análise de estudos, elaboração de um questionário para a coleta de dados, bem como será realizada uma interpretação e discussão dos resultados (SOUZA, 2010).

De acordo com Souza (2010), a RIL é dividida em seis fases de elaboração, quais sejam: elaboração da pergunta norteadora (escolha do tema/problemática); busca ou amostragem na literatura (levantamento dos estudos e seleção da literatura); coleta de dados (classificação dos estudos); análise crítica dos estudos incluídos (análise dos estudos), interpretação dos resultados, e, por último, apresentação de revisão integrativa.

A representação destas fases da pesquisa pode ser explicada no seguinte gráfico abaixo, representado pelo fluxograma (Figura 01):

Figura 1: Fluxograma da Fase de Coleta de Dados



Fonte: Souza et al (2010).

4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

O Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa (2014), prescreve que a estratégia PICO, voltada para a pesquisa não-clínica, pode ser empregada na formulação dessa questão norteadora considerando-se este acrônimo pelas letras da sigla: P – População; I – Interesse; Co – Contexto. Essa estratégia foi adotada para um melhor delineamento da pergunta de pesquisa deste estudo.

Para o autor, na RIL é necessário que haja a formulação de questão norteadora para que determinar quais estudos serão incluídos, bem como os meios que serão utilizados para seleção das informações que serão coletadas dos estudos (SOUZA, 2010). Assim, pergunta-se quais as evidências científicas na literatura nacional sobre as potencialidades e dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde?

4.3 PERÍODO DE COLETA

A busca na base de dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro do ano de 2022, após apresentação e qualificação deste projeto de pesquisa juntamente a uma banca examinadora do curso de enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO).

4.4 BASE DE DADOS PARA A BUSCA

Quanto a base de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (Descs): “Sistema Único de Saúde”, “Mercantilização”, “Políticas de Saúde “.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA

As etapas da seleção dos estudos foram realizadas, em primeiro momento, com a leitura do título e resumo, seguido da leitura na íntegra depois da aplicação dos filtros dos critérios de inclusão e exclusão, por fim, foi realizado a seleção final dos estudos utilizados para compor a presente pesquisa.

Ainda assim, de acordo com Mendes (2008), para que o estudo apresente resultados verídicos e imparciais, é preciso que passe por avaliações criteriosas, aumentando também o nível de confiabilidade de cada informação. Por esse motivo, é preciso que sejam considerados alguns critérios de exclusão, que retire estudos que não se encaixem na metodologia utilizada, bem como não façam parte da linha temática do estudo. Assim, como exclusão, serão analisados artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionam com o objeto de estudo.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: texto completo; publicado nas línguas português, inglês e espanhol; ano de publicação de 2016 a 2022, visto que pesquisas anteriores a esse ano podem apresentar dados desatualizados; tipo de documento: artigo. Enquanto os critérios de exclusão dos estudos foram: artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionaram com o objeto de estudo.

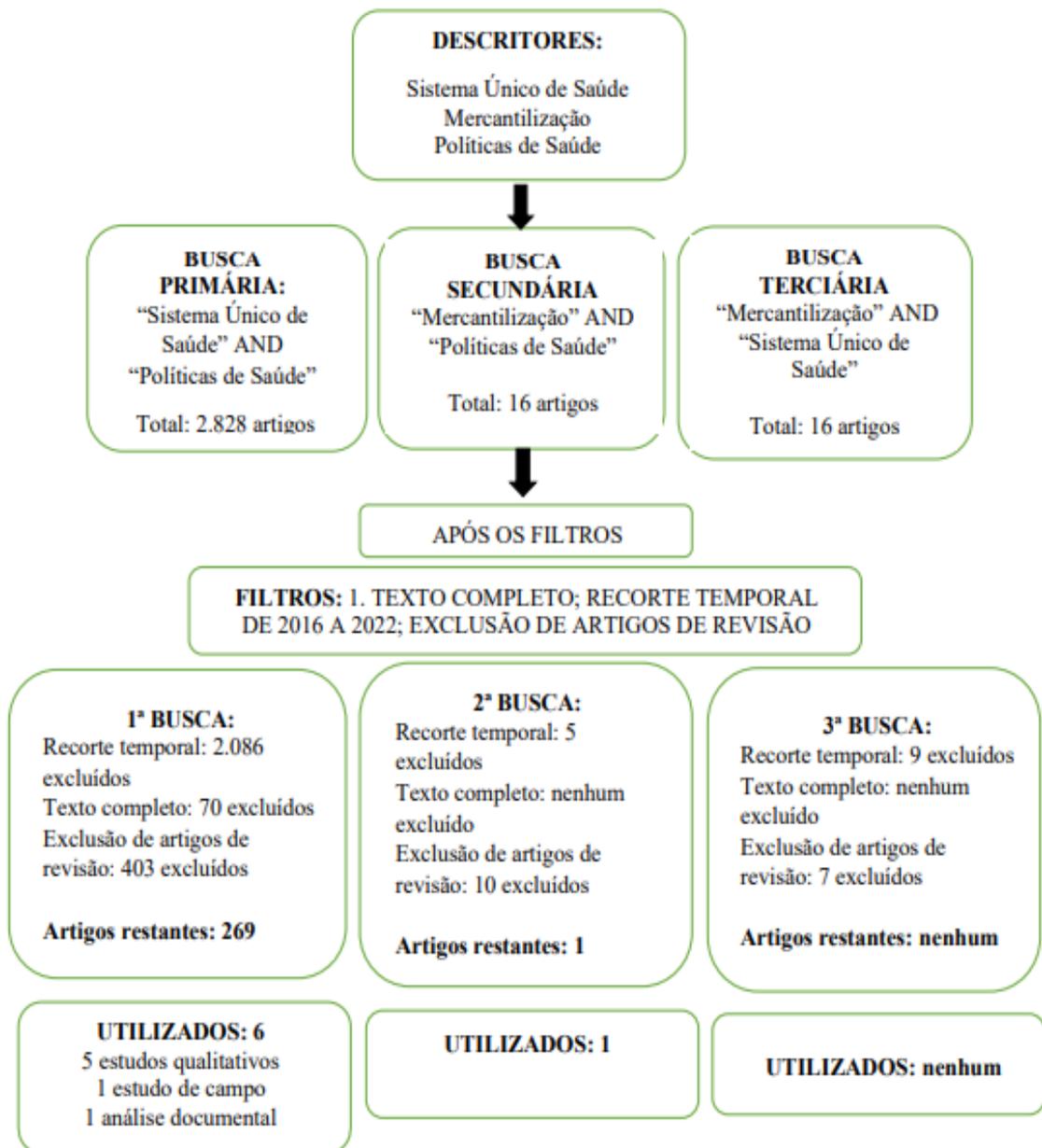
Operacionalmente, a busca se deu em três etapas, através da base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo utilizado na primeira etapa os seguintes descritores: “Sistema Único de Saúde” AND “Políticas de Saúde”, obtendo na pesquisa um total de 2.828 artigos. Logo, aplicando os filtros: texto completo; recorte temporal de 2016 a 2022; exclusão de artigos de revisão, foi obtido 269 artigos. Após a leitura dos objetivos da pesquisa, resultaram 7 artigos.

Na segunda etapa da busca, foi utilizado os descritores “Mercantilização” AND “Políticas de Saúde”, obtendo na pesquisa um total de 16 artigos. Logo, aplicando os filtros: texto completo; recorte temporal de 2016 a 2022; exclusão de artigos de revisão, foi obtido 1 artigo, sendo este utilizado para o presente trabalho.

Por fim, na terceira etapa, foi utilizado os descritores “Mercantilização” AND “Sistema Único de Saúde”, obtendo na pesquisa um total de 16 artigos. Logo, aplicando os filtros: texto

completo; recorte temporal de 2016 a 2022; exclusão de artigos de revisão, não restou nenhum trabalho.

Figura 1- Fluxograma de cruzamento dos dados e seleção dos estudos para a RIL. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, 2022A.



4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aplicação dos critérios de elegibilidade, a extração dos dados dos artigos selecionados ocorreu com a utilização de um instrumento URSI (ANEXO A) previamente

elaborado e validado. Tal processo possibilitou a minimização de erros de transcrição e maior precisão na checagem de informações a serem registradas (URSI, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.7 ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram organizados, inicialmente, com a sumarização dos resultados por meio de um quadro síntese, apresentando os seguintes aspectos de maneira organizada: Título; Ano de publicação; Objetivo; Método; Local do Estudo e Resultados.

Logo após, foi realizada uma síntese descritiva dos achados para que, assim, seja possível a análise e interpretação dos achados. O material obtido através do levantamento bibliográfico selecionado para fazer parte do estudo será submetido à análise de conteúdo de acordo com as três fases operacionais propostas por Bardin (2011). As fases que foram seguidas no momento analítico-interpretativo são abordadas a seguir:

1ª fase: Pré-análise, que corresponde ao contato inicial com o material selecionados para investigação, que diz respeito a chamada leitura "flutuante", para conhecer, formular hipóteses e pressupostos que norteiem a interpretação final, mas para tanto existem regras que devem ser respeitadas, são elas:

- A exaustividade, que se refere a investigação de toda temática exclusão dos detalhes de modo a contemplá-la em sua totalidade;
- A representatividade, corresponde com apresentação de amostras que expressem a dimensão do objeto de estudo;
- A homogeneidade, indica a necessidade de haver correspondência entre os dados encontrados com o tema analisado, bem como as técnicas utilizadas.
- A pertinência, diz respeito a relação dos materiais encontrados com os objetivos e objeto de estudo da pesquisa; e
- A exclusividade, um elemento não deve estar presente em mais de uma divisão.

2ª fase: Exploração de material, na qual ocorre a codificação que corresponde a seleção das unidades de registro, classificação e categorização que favorece o agrupamento de informações de forma esquematizada de modo a associá-las, compará-las e ordená-las de modo que as mesmas fiquem dispostas em classes de acordo com os respectivos acontecimentos.

3ª fase: Tratamento dos resultados, que equivale a interpretação propriamente dita e a construção do relatório da pesquisa. Na qual o pesquisador busca apresentar os dados

encontrados de modo a expressar sua relevância e validade científica, articulando os achados de maneira lógica e sequencial (BARDIN, 2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Os resultados da RIL possibilitaram a elaboração de quadro-síntese no qual consta a sumarização dos dados bibliográficos quanto a: Título; Autores e Ano de publicação; Objetivo; Local do Estudo e Resultados.

Códigos	Título	Ano	Objetivos	Metodologia	Local	Resultados
A1	Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma LAZARINI et al.	2021	Identificar e caracterizar os projetos financiados pelo Banco Mundial para o setor de saúde brasileiro durante 12 anos da gestão do Partido dos Trabalhadores.	Pesquisa qualitativa	Universidade Federal do Espírito Santo/BR	Conclui-se que o Banco Mundial aumentou seu interesse pelo setor saúde brasileiro no período em análise e que as propostas ofertadas pelo banco contribuíram para impulsionar os princípios da reforma do Estado no país.
A2	A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS MELO et al.	2021	Caracterizar a interface entre atenção primária e regulação assistencial nas formulações e diretrizes nacionais sobre regulação assistencial do SUS, considerando o período de 2002 a 2017.	Análise documental, utilizando fontes do Ministério da Saúde.	Fluminense – RJ	O estudo deu maior destaque para a interface entre regulação assistencial ambulatorial e atenção primária a partir de 2011 com a noção de microrregulação, de modo mais marcante nos documentos e iniciativas relacionados à gestão da atenção primária do que

						nos específicos da regulação, enfocando a elaboração de dispositivos de regulação a partir da atenção primária, destacando-se o Telessaúde.
A3	A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde SILVA et al.	2020a	Averiguar como as normas que abordam a regionalização tratam aspectos que envolvem a ação coletiva e cooperação entre os entes federados.	Pesquisa Qualitativa	Londrina	A ação coletiva configura-se como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças, o qual se refere à construção de políticas públicas, cabendo abordá-la sob o enfoque dos valores da solidariedade e da cooperação.
A4	A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios SILVA et al.	2020b	Analisar como a relação entre gestores públicos de saúde e prestadores do sistema privado complementar influencia a organização da oferta e demanda de ações e serviços de média complexidade (ASMC) em uma região de saúde formada por municípios pequenos	Pesquisa qualitativa	Londrina.	Frente a esse cenário preocupante, provocado por recentes ações contra o SUS, como a aprovação de uma emenda que congela ou limita por 20 anos os investimentos públicos em saúde, e alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), recomenda-se que o setor público assuma o protagonismo que lhe é devido na regulação dos prestadores privados,

						fortalecendo a regulação clínica e assistencial e implantando serviços de auditorias regionais.
A5	<p>Marchas e contramarchas no financiamento público da saúde: reflexões a partir do arranjo normativo brasileiro</p> <p>MOREIRA</p>	2018	<p>Compreender a configuração do financiamento público do Sistema Único Saúde (SUS) à luz dos mecanismos normatizadores da dinâmica de transferência e alocação de recursos entre os entes federados.</p>	Estudo de caso	Minas Gerais	<p>Através do presente estudo, observou-se que a volatilidade do regramento sobre o financiamento público em saúde não tem contribuído para efetiva implementação do SUS, e os movimentos observados sugerem risco à estratégia de organização do sistema de saúde orientado pela atenção primária, comprometendo a garantia de uma assistência integral e de qualidade.</p>
A6	<p>Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia</p> <p>OLIVEIRA et al</p>	2016	<p>Analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, em 2010, na perspectiva da equidade.</p>	Pesquisa qualitativa	Bahia	<p>A distribuição dos recursos precisa incorporar, de maneira ainda mais consistente, critérios de equidade que levem em consideração não apenas os acúmulos existentes, mas as necessidades de acúmulo de condições potencialmente capazes de</p>

						reparar, em um prazo mais curto, as desigualdades que comprometem o alcance dos princípios e diretrizes do SUS.
A7	Mudanças com a criação do Sistema Único de Saúde: história oral de vida TELES	2016	Conhecer as mudanças que ocorreram na assistência à saúde, por meio do resgate da história oral de vida, desde antes da construção do Sistema Único de Saúde até os dias atuais	Pesquisa qualitativa	Santa Cruz - RN	Através do estudo de vida, fica evidenciando em algumas partes o quanto o povo brasileiro sofreu com modelos de saúde privatistas e com a atenção a saúde biologicista e tecnicista, e o quanto foi difícil, para ela, atuar na área da saúde antes do conceito ampliado permear o pensamento dos estudiosos e se difundir entre os profissionais e serviços.

Genericamente, os estudos versam sobre a implementação e configuração do financiamento público do Sistema Único Saúde (SUS), onde alguns dos trabalhos realizam buscas em fontes públicas do Ministério da Saúde, bem como fontes governamentais, a fim de coletar o contexto histórico e potencialidades vividas pelo SUS.

Como é possível perceber na pesquisa de Oliveira et al (2016), onde foi realizado um estudo de vida de uma depoente que a mesma relatou o quanto o povo brasileiro sofreu quando a saúde do país ainda consistia em modelos de saúde privatistas. O estudo concluiu que apenas com a implantação de um sistema de saúde que engloba todo o arcabouço preciso para detectar, tratar e curar possíveis doenças, foi possível distribuir um direito a saúde de qualidade.

Pode-se inferir, desse modo, que está sendo construída uma linha de estudos coerente e fundamentada à problemática social que se relaciona a esse assunto ao longo dos últimos três anos. Do mesmo modo, outros estudos propõem um olhar longitudinal sobre o tema, investigando esse assunto com recorte temporal no passado, como visto na pesquisa de Moreira (2018) que faz uma análise da regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico.

Os públicos alvo das pesquisas envolvem sistemas disponíveis na internet, tais como os sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), para a extração dos dados referentes às transferências de recursos federais para a área de saúde, a exemplo do estudo de Teles (2016) que, através dessa busca de dados, concluiu que a insuficiência dos mecanismos distributivos vigentes na política de financiamento da saúde para reduzir satisfatoriamente as desigualdades regionais, geralmente ocorre devido grande parte dos recursos financeiros beneficiarem municípios com regiões privilegiadas socioeconomicamente, deixando as regiões menores desfavorecidas de serviços de qualidade.

Chama atenção do estudo de que analisou os projetos financiados pelo Banco Mundial para o setor de saúde brasileiro durante 12 anos da gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), que concluiu que, durante essa época, o partido manteve sua influência, atuando não somente como instituição credora, ao financiar projetos da área da saúde, mas desempenhou também o dever de ator político, quando realizou interligação com entes federativos e propagou o ideário neoliberal e intelectual, prestando assessoria aos projetos contratados (LAZARINI et al, 2021).

Além disso, no estudo de Melo et al (2021) que analisou a regulação assistencial nas formulações e diretrizes nacionais sobre regulação assistencial do SUS, no recorte temporal de 2002 a 2017, evidenciou-se que, quanto a APS na regulação assistencial, é preciso haver um movimento de ampliação da participação do mesmo e reconectar essa iniciativa em microrregiões a fim de auxiliar no enfrentamento de dificuldades do SUS.

Quanto a relação público-privada em determinada região acerca das influências sobre a organização da oferta e da demanda de fatores complexos do Sistema Único de Saúde em pequenos municípios, o estudo de Silva et al (2020a) concluiu que frente ao cenário preocupante de intensas ações contra o SUS, como a aprovação de uma emenda que congela ou limita por 20 anos os investimentos públicos em saúde, e alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é indicado que o setor público realize o seu dever de regular os prestadores privados, com o intuito de fortalecer a regulação clínica e assistencial e implantar serviços de auditorias regionais.

Por fim, foi estudado que o SUS passa frequentemente por diversas e intensas mudanças relacionadas ao financiamento de manutenção e ações de políticas voltadas à cooperação entre entes da mesma região de saúde, por esse motivo, surge a ação coletiva (e cooperação dos entes federados) que age como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças do SUS, visto que tem poder para desenvolver políticas públicas, envolvendo diretamente a cooperação e solidariedade (SILVA et al, 2020b).

5.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA

5.2.1 Potencialidades para a consolidação do SUS

Dentre as potencialidades, uma das principais a ser destaca é a afirmação de uma sociedade democrática que valoriza a participação social, em especial, garantindo os direitos sociais destacados na Constituição federal de 1988. O SUS oferece ações de saúde de forma criativa e afetiva, possui equipes que atuam em qualquer espaço social, atuando com bastante conhecimento técnico, autonomia e profissionais qualificados nos atendimentos.

De acordo com o estudo de Moreira (2018), a implantação de valores sociais em diversos grupos de diferentes níveis financeiros e de diversas regiões, promoveu o aumento da participação da atenção básica, e os movimentos possuem estratégia de organização do sistema de saúde orientado pela atenção primária, comprometendo a garantia de uma assistência integral e de qualidade.

Além disso, a implementação do SUS, conforme Iglesias et al. (2021, p. 6) representou no contexto da esfera pública um pilar “para a construção da saúde como um direito, para além da busca de maior cobertura e melhor qualidade na prestação dos serviços de atenção à saúde”. Os autores ainda ressaltaram que apenas o SUS foi capaz de possibilitar a participação de todos os cidadãos como sujeito de ação da saúde, mesmo com suas peculiaridades sociais, individuais, culturais e econômica.

Sousa et al. (2019) defende que a criação do SUS reorienta o modelo de saúde, através de uma ideia de integralidade, pois, a presença de um sistema de saúde como o SUS garante o acesso universal a toda população brasileira, em especial àquela mais necessitada. Percebe-se que o SUS prioriza as áreas vulneráveis, o que representa uma grande potência de suas ações.

O número de cidadãos que buscaram a atenção básica à saúde aumentou de 450% entre 1981 e 2008, que representa um grande avanço e potencialidade do setor da saúde e do número de unidades de cuidados de saúde primários implantadas nos municípios brasileiros. Essa expansão se deu graças à municipalização, que teve ligação direta com a diminuição na taxa de mortalidades pós-neonatal e infantil, aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e a elevados índices de cobertura vacinal (SOUSA et al., 2019).

No estudo de Moreira (2018), a autora também debate nesse sentido que os Sistemas Únicos de Saúde marcaram o Brasil com sua ideologia de que todos são iguais e que a saúde é uma necessidade humana básica que deve ser satisfeita para uma vida plena. Para a autora, é um dever “social do Estado assegurá-la a todos. Por isso, os sistemas únicos são públicos (administração dos fundos e compra de serviços), o que não os impede de manter relações contratuais com o setor privado de prestação de serviços” (MOREIRA, 2018, p. 44).

Em resumo, o ano de 1988 representou a concretização da saúde como direito universal, pois essa assistência universal e integral tem o propósito de disponibilizar serviços de saúde hierarquizados e descentralizados a toda a população brasileira, tudo isso nos termos da Constituição Cidadã – originada do povo e para o povo, a Constituição dispõe que as necessidades individuais ou coletivas de saúde devem ser consideradas prioridade pública e seu atendimento é uma das obrigações do Estado (PINHEIRO et al., 2018).

5.2.2 Dificuldades para a consolidação do SUS

Uma das grandes dificuldades encontradas pelo SUS foi implantar uma proposta de um sistema único em um país com tantas diferenças e desigualdades regionais e enfrentar diversos interesses financeiros de autoridades da época. A promulgação da Constituição de 1988, mesmo tratando de forma clara e objetiva sobre a criação desse sistema, ainda não foi suficiente para colocar em prática as ações transformadoras que compunham o ideário social (MOREIRA, 2018).

As dificuldades quanto ao financiamento também se fizeram presentes na implantação do SUS, pois, além da Constituição de 1988 não ter esclarecido as regras de financiamento, o país enfrentava uma crise econômica que, associada à postura liberal do Estado, reduzia a

atuação estatal nas políticas públicas. Na época, os estados e municípios em sua maioria tinham atingido ou superado o limite constitucional de gastos com a saúde, tornando a implantação mais dificultosa (MIRANDA et al., 2017).

Esse fator financeiro foi um dos principais desafios para que o sistema de saúde assegure o acesso universal, integral e equânime a ações e a serviços de saúde, desde o princípio, o SUS viveu em um contexto de endividamento do Estado, reduzindo sua capacidade de atuação. A prova dessa dificuldade foi em 2012, ainda na criação de leis que regulamentavam a parte financeira do SUS, um estudo comprovou que a Espanha, o Canadá, a França e o Reino Unido, que também têm sistema universal de saúde, gastam entre 7% e 8% do seu PIB com ações e serviços públicos de saúde. Enquanto isso, o Brasil alcançou um percentual inferior ao investimento realizado pelos países com sistemas universais, sendo 3,99% do PIB do país (MIRANDA et al., 2017).

Além desses problemas econômicos, existiram dificuldades de tornar o espaço correspondente ao território e à população, assim como a organização político-administrativa de um município equivalente a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços (SILVA et al., 2020b; MIRANDA et al., 2017). Esse fortalecimento das redes de saúde e implantação em territórios de bases populacionais “diante da consolidação dos pactos e da mediação dos conflitos políticos entre as esferas de governo, tornam-se ações essenciais para a organização do sistema e para o atendimento às demandas de saúde” (MIRANDA et al., 2017, p. 18).

Os autores ainda debatem as dificuldades existentes até os dias atuais, pois, em município com menos de 30 mil habitantes, torna-se difícil a organização das redes de saúde e compromete a resolutividade do sistema, por isso a necessidade de conformação de territórios de base populacional. A defesa do SUS merece resistir e assegurar a garantia da universalidade, indiscutivelmente a maior conquista social da população brasileira (MIRANDA et al., 2017).

Para Iglesias et al. (2021, p. 5), outra dificuldade governamental é a sensibilidade “às demandas sociais, sobretudo aquelas oriundas dos segmentos pobres e marginalizados da sociedade”. “A persistência de um Estado ainda permeável aos interesses dos mais poderosos tende a dificultar que a coordenação das redes seja realizada por órgãos do executivo com poder normatizador”.

Outras ameaças surgiram como a aprovação do orçamento impositivo, que implantou o subfinanciamento do sistema, permitiu o capital estrangeiro na assistência à saúde e a aprovação da Emenda Constitucional nº 55, que congela por 20 anos os gastos públicos, colocando em risco as conquistas alcançadas no período (MIRANDA et al., 2017). Esse congelamento de gastos públicos representou um retrocesso para consolidação do SUS, sem falar na necessidade

de investimento público para responder às dificuldades geradas pelas transições demográfica e epidemiológica brasileiras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método de revisão integrativa de literatura permitiu a análise de diversos artigos científicos que abordaram as dificuldades e potencialidades na consolidação do SUS, de modo que, as categorias inseridas na análise do resultado possibilitarão a discussão de temas considerados imprescindíveis ao assunto SUS.

Realizar um estudo sobre a experiência brasileira no contexto histórico da criação do SUS, revela um dever social de participação popular nessa trajetória dinâmica, essa participação é considerada pilar essencial, visto que os cidadãos têm o objetivo de fiscalizar e discutir os serviços ofertados para a sociedade. A criação do SUS foi marcada por retrocessos e avanços que envolveu um contexto político, econômico e social.

Em sua maioria, os artigos trataram sobre os desafios na criação do SUS, fatores como crise financeira na época da implantação legislativa, recursos financeiros voltados apenas a municípios com regiões privilegiadas socioeconomicamente, deixando as regiões menores desfavorecidas de serviços de qualidade, aprovação de emenda que congelou por 20 anos os investimentos públicos em saúde, dentre outros citados no presente trabalho.

Frente a essa dificuldade de implantação em territórios de bases populacional, é preciso que as redes de saúde organizem de forma integrada e sob a coordenação da atenção primária em saúde, os pontos de atenção, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. Assim, será possível a construção de uma sociedade democrática com valorização da participação social.

Espera-se que este estudo contribua para reflexão e elucidação de uma temática que merece ser mais investigada em graduação em trabalhos monográficos. Embora o tema guarde relação importante com os dias atuais, ainda é pouco investigado pelos profissionais da enfermagem, assim, espera-se que incentive os leitores a pesquisarem acerca das potencialidades e dificuldades na criação do SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1.ed- São Paulo: Edições:70, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a Disponível em: [http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 18 mai. 2022

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em: 18 mai. 2022

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS Brasília: CONASS, 248 p. 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf > Acesso em: 18 mai. 2022

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 18 mai. 2022

CARNUT, L. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 451-466, abr/jun, 2021.

DUARTE E, et al. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**; Dec 11, vol.27, nº 1, 2018.

FERRAZ, A. T. R.; BERNARDES, F. Reformas Regressivas e Política de Saúde. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 4-8, jan./abr. 2018.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa**: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação; 2014.

IGLESIAS A, et al. Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. Espac.21º de julho de 2021

LAZARINI, WS, et al. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, 2021.

MELO, EA et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 01, 2021.

MENDES, S. K; SILVEIRA, P. C. C.R; GALVÃO, M. C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez, 2008

MENDES A. JUNQUEIRA V. O capitalismo contemporâneo e sua crise e os embates para o financiamento e o trabalho em saúde no Brasil. **Trabalho & Saúde**;16(42):5-9, 2017.

Miranda, GMD, et al. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, 2017.

MOREIRA, LMC. **Marchas e contramarchas no financiamento público de saúde:** reflexões a partir do arranjo normativo brasileiro. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte: 2018

OLIVEIRA, MD, et al. Mudanças com a criação do sistema único de saúde: história oral de vida. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 7, p. 2513-2519, maio 2016.

PINHEIRO, FTS. et al. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: da gênese à crise contemporânea. **Revista Sanare**, Sobral, v.17, n.02, p.82-90, Jul. / Dez., 2018.

PRODANOV, C. C; **Metodologia do trabalho científico:** Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. atual. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. 277 p.
Disponível em:
<https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Katálisis**, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23. n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016.

SOUZA MT, et al. **Revisão integrativa:** o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, 2010.

SOUSA, MF, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, v. especial 5, p 82-93, 2019.

SILVA, A. C. F. da. **Política de Saúde na Contemporaneidade:** a relação entre as estratégias de privatização e o desmonte do Sistema Único de Saúde. Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana-MG, 60f, 2019.

SILVA, JFM et al. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 03, 2020a.

SILVA, JFM et al. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, 2020, v. 29, n. 4, 2020b.

SILVA, JLL et al. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. *SER Social* 48, Brasília, v. 23, n. 48, janeiro a junho, 2021.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho, 10p, 2011.

TELES, A. S.; et al. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, 2016.

URSI, ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. (dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

ANEXOS
ANEXO A – INSTRUMENTO ELABORADO POR URSI (2005)



CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Intervenção estudada		Resultados	Recomendações/conclusões	